BRUNO FASSETTA

LE CONVENZIONI FRA GLI OSPEDALI E GLI ENTI MUTUALISTICI E ASSICURATIVI

ESTRATTO DALLA:
" RIVISTA DELLA ASSISTENZA "
(N. 8 agosto 1940-XVIII)

Misc B
6 F
71

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17
—
1940-XVIII

BRUNO FASSETTA

LE CONVENZIONI FRA GLI OSPEDALI E GLI ENTI MUTUALISTICI E ASSICURATIVI

ESTRATTO DALLA:
" RIVISTA DELLA ASSISTENZA "
(N. 8 agosto 1940-XVIII)

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1940-XVIII

È di ieri l'istituzione delle Casse Mutue di Malattia e non sono perduti nel tempo i ricordi dei primi avvicinamenti fra i rappresentanti delle Casse e quelli degli Ospedali, dei primi approcci, delle prime trattative, delle successive contrattazioni – non brevi e non facili – fra le parti in causa.

A chi ha osservato lo svolgimento di tutte le operazioni di contatto, di preliminare e di conclusione, attraverso e nella varia vicenda delle fasi di concretamento delle attività mutualistiche, attraverso gli esperimenti (partecipe o spettatore) e le evoluzioni degli organismi mutualistici, riesce di fissare ordinatamente i punti salienti dei rapporti che si sono venuti a costituire fra tali Enti, gli Ospedali ed i sanitari ospedalieri.

Pareva, in un primo tempo, che le Casse Mutue di Malattia si fossero foggiate sul tipo già esistente nelle Nuove Provincie e che, per conseguenza, la partita Ospedali-Casse, si fosse chiusa sul pacifico terreno del riconoscimento – in caso di spedalizzazione – del diritto al pagamento delle rette più favorevoli: quelle a carico dei Comuni per il ricovero e la cura degli assistiti dalla pubblica assistenza e beneficenza.

Mentre per le Casse di Malattia delle Nuove Provincie si mantenevano il R. D. L. 29 novembre 1925 e il regolamento relativo, 4 marzo 1926, n. 528, i quali provvedevano di guisa che, art. 11:

« In luogo della cura medica gratuita, delle medicine e dell'assegno di malattia, potrà essere concesso il ricovero gratuito in un Ospedale o stabilimento di cura a spese della Cassa di Malattia, per un periodo non eccedente le quattro settimane.

« In tale caso la Cassa di Malattia dovrà rifondere all'amministrazione ospedaliera le diarie stabilite per la più bassa categoria di ricoverati, a decorrere dal giorno del ricovero »;

e per l'Istituto di Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali veniva emanata la legge 17 agosto 1935-XIII, n. 1765, la quale stabilisce che l'istituto stesso possa ricorrere agli Ospedali per il ricovero e la cura degli infortunati, con diritto – in mancanza di speciali convenzioni per la cura e la retta – a vedere applicata la tariffa minima che gli Ospedali praticano per le degenze a carico dei Comuni –, per le Casse Mutue di Malattia dell'Industria e dell'Agricoltura (queste sono le più importanti) non vi furono disposizioni particolari di legge, ma si lasciò che Ospedali e Mutue si incontrassero prima nella maggiore libertà, quindi col temperamento di istruzioni e di direttive dal Centro, verso la conclusione di rapporti che finirono col rivelarsi di diversità sostanziale fra di loro.

Vi furono, infatti, convenzioni che maggiorarono la retta comune di un *quid* a favore del solo Ospedale; convenzioni che maggiorarono la retta di un *quid* a favore dell'Ospedale e di un *quid* a favore dei sanitarî ospedalieri; convenzioni che riconoscevano, oltre la retta comune, un compenso ai soli sanitarî ospedalieri; convenzioni che stabilirono la corresponsione della retta comune soltanto; convenzioni che (incredibile, ma purtroppo vero) prevedevano una diminuzione della retta comune determinata per i ricoveri a carico della beneficenza pubblica; convenzioni che prevedevano la diminuzione delle rette comuni, che però riconoscevano un compenso a favore dei sanitarî.

Ad una norma qualunque si sostituivano le influenze e le . . . speciali attitudini affaristiche dei singoli (Ospedali – sanitarî – Mutue), mentre a favore della classe sanitaria ospedaliera andava prendendo sempre più consistenza la ragione che ai sanitarî dovesse riconoscersi un compenso in qualsivoglia caso, perchè gli Enti Mutualistici e Assicurativi non potevano ritenersi, alla stregua degli indigenti e dei Comuni che ricorrono all'Ospedale, favoriti dalle prestazioni sanitarie gratuite (vale a dire comprese nelle rette

comuni per i ricoveri a carico della pubblica assistenza e beneficenza).

Talune Casse Mutue approfittavano della indeterminatezza della ragione del soccorso (specie per i fatti d'urgenza) fra di esse e i domicili di soccorso – nei casi di iscritti contemporaneamente alla Cassa e sulle liste dei poveri del Comune – e per mezzo di accordi coi Comuni interessati ottenevano di effettuare le spedalizzazioni dei propri iscritti a carico comunale, verso rifusione della retta spedaliera (si capisce della sola retta), come pure col mezzo del concorso proporzionale nella spesa complessiva che il domicilio di soccorso era chiamato a sopportare durante un determinato periodo e per determinate categorie di poveri (di solito quelli di età ed in condizione di potersi prestare al lavoro proficuo). Questa forma di concorso negli oneri dal ricovero ospedaliero è stata bollata con la disposizione 25 maggio 1940-XVIII, n. 20400-15/48282 del Ministero dell'Interno.

A parte l'accenno di detta disposizione al fatto che « le Mutue, affidando ai Comuni il compito dell'assistenza ospedaliera ai mutuati ed ai loro famigliari, pregiudicherebbero l'interesse dei sanitarî curanti, in quanto i Comuni si riterrebbero esonerati dal pagare ad essi i compensi per le loro prestazioni professionali di cui all'art. 82 del R. D. 30 settembre 1938, n. 1631 », si può senz'altro ritenere che il principio dell'obbligo nelle Casse Mutue di prestare il pagamento di congruo onorario al sanitario, sia stato nella sostanza definitivamente sancito, dal Decreto del Duce – Capo del Governo 1° gennaio 1940-XVIII, giacchè è stato perfino determinato l'ammontare dei compensi dovuti. Ne consegue che non vi sarà più da riportare in discussione, nè il principio determinatore dell'obbligo delle Casse Mutue di corrispondere separati compensi per i sanitarî, nè le misure di quei compensi; e ciò, almeno fino a tanto che l'attuale legislazione sull'assistenza e sulla mutualità non sarà sottoposta ad eventuali perfezionamenti o non assumerà nuove forme meglio adatte all'evoluzione del fatto assistenziale nella presente e futura organizzazione sociale.

Sono rimasti fuori (speriamo per ora soltanto) – al riguardo dei compensi di cui all'art. 82 dell'ordinamento 30 settembre 1938-XVIII, n. 1631 – l'I. N. F. A. I. L., l'I. N. F. P. S., le Casse di Malattia delle Nuove Provincie ed altre Casse le quali si sono affrettate a far conoscere agli Ospedali che il Decreto del Duce – Capo del Governo 1° gennaio 1940-XVIII, non le riguardava, ma riguardava unicamente le Casse Mutue dell'Industria e dell'Agricoltura . . . .

Non si capisce perchè vi debbano essere dei privilegiati . . . Tanto più che le Sedi Provinciali dell'Infail hanno trattato direttamente, o, tramite il Sindacato Provinciale dei Medici, coi medici spedalieri, per fare a questi accettare un compenso – da liquidarsi direttamente – commisurato ad un tanto per malato spedalizzato a carico dell'Infail stesso. Non occorre immaginazione per comprendere che questo Istituto ha ritenuto conveniente compensare il medico spedaliero quand'anche – senza convenzione (perchè ha trovato talvolta perfino gli Ospedali che lo hanno favorito, per mezzo di apposita convenzione, con rette *più basse* di quelle per le spedalizzazioni a carico della pubblica beneficenza . . .) – avrebbe potuto valersi dell'art. 33 del R. D. 17 agosto 1935-XIII, n. 1765: « se il ricovero sia fatto in Ospedali Civili, per la spesa di degenza sarà applicata, quando non sia stipulata una apposita convenzione e quando l'infortunato non abbia diritto all'assistenza gratuita, *la tariffa minima che i singoli ospedali praticano per la degenza a carico dei Comuni* ».

L'I. N. F. P. S. in quasi tutti i casi corrispondeva un compenso per i sanitarî e, non infrequentemente, corrispondeva un congruo aumento sulle rette a favore dell'Ospedale; però, dopo la pubblicazione del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631 e, più precisamente, dal 1° gennaio 1939 – in attesa delle norme che dovevano essere emanate a mente dell'art. 82 del predetto decreto –, ha sospesa la corresponsione di aggiunte al titolo di cui sopra.

Evidentemente, la norma dell'art. 82, che deve essere ancora emanata al riguardo di detti Istituti e delle Casse di Malattia di cui in precedenza, è opportuno venga determinata.

Restano, tuttavia, senza valutazione o, meglio, senza quella valutazione che il caso comporta, gli interessi ospedalieri, che attendono regolamento rispetto alle disposizioni degli artt. 81, 82 e 83 del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631, dalla combinata lettera dei quali non è dato di prescindere.

A questo riguardo si è recentemente notato (dopo l'emanazione del Decreto del Duce 1° gennaio 1940) che, all'atto di avviare trattative per la stipulazione di convenzioni, le Casse Mutue di Malattia hanno cercato, e cercano di ottenere la applicazione delle rette a carico della pubblica assistenza e beneficenza o, addirittura, rette più basse, e – proprio in tono col periodo che ottraversiamo – anche bloccate per un periodo non inferiore all'anno . . .

Non si spiega se non con la nota e, se si vuole, giustificabile intraprendenza delle Casse di Malattia, che cercano di spendere il meno possibile, l'arditezza delle domande, alla quale ha fatto seguito una ripresa della minaccia della messa in concorrenza delle prestazioni assistenziali fra Ospedali di diversa categoria. Quasi che (e per le Casse forse il ragionamento non fa grinze) fosse possibile somministrare l'assistenza valendosi degli Istituti Ospedalieri senza distinzione fra le rispettive competenze, attrezzature ed idoneità o, peggio, con riferimento esclusivo al fatto economico: rivolgersi dove torna più conto.

Oltre all'agitare lo spauracchio della concorrenza (specie nei riguardi degli Ospedali Capoluoghi e di quelli meglio attrezzati, che per questo solo fatto hanno sovente costi superiori), le Casse hanno, in questi ultimi tempi, dato prova che la vantata puntualità nei pagamenti dei conti ospedalieri non è poi proverbiale come si riteneva, per cui si è dovuto ricorrere a solleciti ed a pungoli diversi; mentre non è assolutamente vero che le spedalizzazioni siano in aumento (anche se l'assicurazione si va estendendo ai famigliari), essendosi verificate, presso molti Ospedali, contrazioni notevoli delle spedalizzazioni. E questo non ritiensi sia fenomeno favorevole per fondare l'assidua richiesta di ottenere l'applicazione delle stesse rette approvate per le spedalizzazioni a carico comunale.

Tutto ciò fatta astrazione dal combinato disposto degli artt. 81, 82 e 83 dell'Ordinamento 30 settembre 1938-XVI, n. 1631, in forza del quale alle Casse Mutue non dovrebbesi, nè potrebbonsi applicare le rette determinate per i ricoveri a carico della pubblica beneficenza (rette al netto di tutti i proventi dell'esercizio assistenziale), ma le rette *al costo* o di costo, come alle opportune determinazioni che si riassumono in un quoziente fra il numero che esprime la somma delle spese della gestione assistenziale ospedaliera e il numero delle giornate di presenza, senza aver dedotti dal primo i proventi dell'esercizio, proventi che devono invece essere dedotti quando si vuole il quoziente che esprima la retta per la spedalizzazione a carico comunale. Praticamente poi, la retta al costo (quella dell'art. 81 dell'Ordinamento più volte citato) può essere sostituita da un equivalente (o approssimativo) rappresentato dall'ammontare della retta per i ricoveri a carico della beneficenza maggiorato di un ragionevole importo complementare.

Questo chiaro intento, oggi racchiuso inequivocabilmente nella lettera della legge, non è, del resto, innovazione e, meno che mai, interpretazione, giacchè ancora nel 1937, allorchè le Casse Mutue dell'Agricoltura avevano sollecitato gli Ospedali di consentire ai ricoveri dei loro iscritti coll'addivenire alla stipulazione di apposite convenzioni, su analoghe richieste inoltrate dalle RR. Prefetture al Ministero dell'Interno allo scopo di ottenere direttive per l'approvazione degli atti che le pubbliche amministrazioni degli Ospedali si sarebbero prestate a compiere, il Ministero dell'Interno dirigeva ai RR. Prefetti la circolare N. 25283-10/C/82680 d.d. 8 febbraio 1937-XV, in cui – fra l'altro – era detto:

« ..... questo Ministero non avrebbe nulla in contrario a che *anche* » (evidentemente come per le Casse Mutue di Malattia per i Lavoratori della Industria e per l'I. N. F. P. S. e per altri) « per le Casse Mutue Malattia dei Lavoratori Agricoli possa essere adottato il sistema della retta fissa comprensiva di ogni prestazione, con una certa maggiorazione, però, *rispetto a quella fissata per gli infermi poveri a carico dei Comuni*.

Tale maggiorazione dovrà essere fissata in modo da consentire *un adeguato profitto a favore dell'Ospedale* e la corresponsione di un certo compenso per i sanitari ».

Non sono necessari chiarimenti al riguardo, ma è opportuno affermare che si voleva già allora che vi fosse « una certa maggiorazione » che avesse dato « un adeguato profitto a favore dell'Ospedale »: il profitto minimo – evidentemente – non può essere rappresentato che dalla differenza fra la retta del povero e la retta di costo. Pertanto, la retta al costo dell'art. 81 dovrebbe essere la misura ufficiale del costo del ricovero per gli iscritti alle Casse di Malattia.

La questione delle spedalizzazioni a carico degli Enti Mutualistici e Assicurativi non ha, però, soltanto la parte economica da considerare, ma anche – e non per poco – la parte funzionale. Questa è contenuta nel testo della convenzione. Le convenzioni proposte e quelle stipulate sono state, però, parecchie di numero e assai diverse fra di loro, con adattamenti, con particolarità, con « incidenti » che non possono avere ragione se non da situazioni singolari e speciali. Situazioni che non possono costituire per gli Ospedali interessati tassativo regime, nè modello di norma per tutti gli altri Ospedali.

A questo riguardo le Casse Mutue hanno insistito nel pretendere l'adozione di convenzioni secondo propri testi approvati dalle rispettive Direzioni Centrali, non accettando o discutendo punti e clausole, che, per gli Ospedali – Enti ausiliarî dello Stato –, dovevano costituire particolare elemento di difesa e di allineamento con la pratica che la legge sulla assistenza e beneficenza ad esse ha affidata.

Con l'abituale sua fattività la Federazione Triveneta degli Ospedali nominava una Commissione di tre membri per lo studio di una convenzione tipo che avesse potuto formare, per tutti gli Ospedali e per tutti gli Enti Mutualistici e Assicurativi, testo di norme da osservarsi al fine di disciplinare i rapporti fra gli Enti in causa, volti ad assicurare il migliore e il più ordinato servizio dell'assistenza mutualistica.

Il testo della convenzione tipo, elaborata per sottoporre a regola le relazioni fra gli Enti Mutualistici e Assicurativi di cui all'art. 82 dell'Ordinamento 30 settembre 1938-XVI, n. 1631 e gli Ospedali per il ricovero e la cura dei malati da quelli assistiti, (di cui chi scrive è stato il compilatore, con la collaborazione degli altri componenti la Commissione, colleghi Avv. Alberto Ferrari di Venezia e Avv. Piero Lessandrini di Verona), è il seguente:

SCHEMA DI CONVENZIONE CON LE CASSE MUTUE DI MALATTIA

1° – Parte generale

Premessa riguardante le persone, l'oggetto e le caratteristiche generali della convenzione.

Designazione degli uffici autorizzati a spiccare le richieste di ricovero ed a ricevere e liquidare i conti.

2° – Modalità per le ammissioni a ricovero in Ospedale.

Di regola i ricoveri nell'Ospedale saranno disposti dagli Enti mutualistici e assicurativi col mezzo di richieste debitamente stese e sottoscritte dall'ufficio competente....., il quale si varrà di apposito modulo a stampa composto di tre parti, da compilarsi opportunamente, di cui una costituirà la base d'ingresso e sarà trattenuta dall'Ospedale all'atto dell'ammissione, una verrà restituita alla Cassa entro cinque giorni dall'ammissione ed a conferma della stessa e la terza sarà rimessa alla Cassa, con le volute indicazioni di cura e di esito della malattia, all'atto della dimissione dell'infermo dall'Ospedale.

Tale modulo costituirà per l'Amministrazione Ospedaliera il titolo giuridico per richiedere alla Cassa il rimborso delle spese di degenza.

L'Ospedale accerterà che l'infermità per cui è richiesto il ricovero rientra fra le forme che possono trovare convenienti assistenza e cura nell'Istituto.

Curerà, altresì, di avvertire la Cassa quando, a seguito degli accertamenti diagnostici avviati, sarà risultato che il malato è affetto da malattia diversa da quella per la quale venne spedalizzato e rientrante nel gruppo di quelle malattie per le quali la Cassa non provvede. Come pure nel caso in cui gli stessi accertamenti, confermando la diagnosi d'ingresso, assicureranno che la malattia trova origine in qualcuno dei gruppi di infermità per le quali la Cassa non provvede.

Inteso che l'onere spedaliero rimarrà a carico della Cassa fino a tanto che lo stesso non potrà essere trasferito a carico di altri o che il malato non possa essere dimesso.

L'Ospedale dovrà curare che la conferma del ricovero avvenuto sia trasmessa alla Cassa dentro il sopraindicato termine di cinque giorni, senza che per altro ciò possa considerarsi termine perentorio e costituire motivo giustificato di decadenza dal diritto di ottenere il rimborso delle spedalità.

Nei casi di estrema urgenza (urgenza di legge) per i quali il ricovero venga disposto direttamente dall'Ospedale con esclusivo riguardo alle condizioni del malato, l'Amministrazione Ospedaliera espleterà la normale procedura nei confronti del Comune domicilio di soccorso. Qualora l'Ospedale abbia notizia che il ricoverato appartenga alla Cassa, ne darà comunicazione alla Cassa stessa.

La Cassa comunicherà all'Ospedale se intenda o meno assumere la spesa relativa al ricovero.

3° – Limitazioni dell'assistenza per malattia concessa dalla Cassa.

(Saranno da indicarsi le eventuali infermità per le quali la Cassa non è tenuta alla spedalizzazione, oppure le infermità alle quali essa intenda provvedere).

Nessuna particolare limitazione di degenza potrà essere imposta all'Ospedale per le spedalizzazioni a scopo diagnostico; mentre l'eventuale richiesta di prestazioni a tale fine che non comportino di necessità la spedalizzazione, dovrà essere fatta rientrare fra quelle di cui allo speciale accordo previsto al quinto comma del seguente punto 4.

4° – Caratteristica e contenuto dell'assistenza spedaliera.

L'assistenza ospedaliera agli iscritti alla Cassa comprende i mezzi di degenza, il vitto, gli esami e le ricerche analitiche per gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i materiali da medicazione e i trattamenti terapeutici con tutti i presidî di cui l'Ospedale risulti fornito e nei limiti della sua competenza assistenziale. Dovranno essere rifuse a parte, oltre la retta, le eventuali spese per cure radiumterapiche e antirabbiche, per apparecchi ortopedici ed arti artificiali, cinti, ventriere e altri speciali apparecchi.

Le cure mediche e gli interventi chirurgici per opera dei sanitari dell'Ospedale saranno praticati alle condizioni di compenso per i sanitari fissate nel punto 10° della presente convenzione.

L'Ospedale non assume alcun onere per il trasporto dei malati.

La Cassa, qualora non abbia propri ambulatori o gabinetti, o luoghi di cura già apprestati, dovrà valersi – in particolare modo per le visite, le rilevazioni ed i controlli di istituti speciali, di gabinetti e di laboratori, e per le cure specialistiche – dell'Ospedale, concordando all'uopo apposita tariffa. Ciò, anche in corrispondenza alla disposizione dell'art. 10 dell'ordinamento approvato con R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631.

La Cassa potrà concordare con l'Ospedale particolari trattamenti per la spedalizzazione e la cura di taluni iscritti in classi speciali. A parte il tipo e la portata delle facilitazioni, in tale caso sarà dispensata dal prestare il deposito cauzionale.

5° – Procrastinazione di interventi chirurgici

Qualora il ricovero dovesse essere richiesto per un determinato intervento chirurgico e l'infermo non potesse venirvi sollecitamente sottoposto o quell'intervento non si reputasse effettuabile e non esistessero indicazioni di altre cure speciali o di indispensabili prestazioni a scopo diagnostico, per cui si rendesse del pari giustificata la degenza, l'Ospedale procederà alla dimissione dell'iscritto, segnando nel modulo che accompagna l'uscita l'eventuale parere sanitario sull'ulteriore trattamento curativo (se necessario, questo sarà steso su lettera chiusa da allegarvisi) o la data in cui l'interes-

sato dovrebbe ripresentarsi per essere sottoposto all'intervento reputato utile.

La dimissione, nei casi preintesi, dovrà seguire nel termine di cinque giorni, escluso quello di ingresso, salvo giustificazioni opportunamente e tempestivamente fatte note alla Cassa sull'impossibilità di farla intervenire.

6° – Limite e durata delle degenze.

L'Ospedale collaborerà attivamente con la Cassa affinchè la durata della degenza sia contenuta nello stretto limite indispensabile. Dimetterà, pertanto, i degenti tosto che, a suo avviso, si trovassero in condizioni di proseguire la cura a domicilio o ambulatoriamente. A propria norma porrà attenzione alla durata della degenza, che lo statuto della Cassa fissa in un massimo di giorni . . . .

Qualora il malato ammesso a ricovero spedaliero non possa usufruire dell'intera durata della degenza fissata nella convenzione, come pure nel caso che la Cassa decida di protrarre la degenza stessa al di là del periodo massimo sopra indicato, sarà tenuta a darne avviso all'Ospedale – da recapitarsi almeno tre giorni prima dell'espiro del termine – affinchè questo, qualora la degenza si debba protrarre oltre il limite concesso, sia posto in condizione di notificare in tempo a chi per legge il ricovero.

7° – Le dimissioni, i ritiri, i trasferimenti dei malati.

All'atto della dimissione dall'Ospedale di ciascun iscritto, verrà dato immediato avviso alla Cassa sul modulo di cui al punto 2° e, nel contempo, potranno essere rimessi a questa (in doppio esemplare) i conti delle spese per spedalità ed accessori andantile a carico.

Se un ricoverato a carico della Cassa intendesse di essere dimesso prima del tempo stabilito dai sanitari e contro il parere di questi, l'Ospedale provvederà a farsi rilasciare, in duplice copia, corrispondente dichiarazione dall'infermo o da chi per lui. Un esemplare di essa dovrà inviarsi – allegato al modulo di dimissione – alla Cassa per costituire documento a scarico suo ed uno rimarrà agli atti presso l'Ospedale.

La Cassa si riserva il diritto di ritirare dall'Ospedale i propri iscritti, anche durante il periodo di malattia, quando ragioni superiori – da comprovarsi – nell'interesse dell'ammalato lo esigano, esonerando, però, da ogni responsabilità l'Ospedale ed i suoi sanitari.

L'Ospedale che, per esigenze di cura o per particolari forme morbose, ritenesse di inviare in altro Istituto di cura il malato a carico della Cassa, dovrà darne comunicazione alla Cassa stessa ed attendere da questa le decisioni circa l'assunzione dell'onere spedaliero nei confronti dell'altro istituto, prima di provvedere. È fatta eccezione per i casi in cui insorgessero malattie infettive o mentali, perchè allora basterà che l'Ospedale dia immediato avviso alla Cassa del provvedimento dovuto attuare.

8° – Attrezzatura ospedaliera e posti disponibili.

L'Ospedale assicura le prestazioni in ragione della sua attrezzatura e della sua idoneità; però, se queste – per una ragione qualunque – venissero a modificarsi per interruzione o sospensione di taluni servizi sanitari, l'Ospedale è tenuto a darne immediato avviso alla Cassa.

Del pari l'Ospedale garantisce normalmente la disponibilità di posti per il ricovero immediato per tutti gli assicurati della Cassa compresi nella giurisdizione assegnatagli; tale garanzia è, però, subordinata alle esigenze di ricovero imposte dalla specifica attività dell'Istituzione, riservata la precedenza a quei ricoveri che vengono richiesti per ragioni di assistenza pubblica e per forza di statuto.

La Cassa, dal canto suo, si impegna di mantenere all'Ospedale tutte le spedalizzazioni che intervengono dentro il territorio di sua giurisdizione, non facendo affluire ad altri Ospedali i malati se non nei casi di constatata insufficienza dell'attrezzamento igienico-sanitario o di mancanza di posti. Invece potrà – sempre che vi siano i mezzi ospedalieri disponibili – richiedere la spedalizzazione degli iscritti appartenenti alla giurisdizione di altre Casse, che al momento in cui abbisognano di soccorso si trovino nella sua giurisdizione, col trattamento stabilito nella convenzione.

9° – Controlli, rilascio di certificati e di copie delle cartelle cliniche.

La Cassa potrà far seguire nell'Ospedale il trattamento ai propri iscritti spedalizzati, come pure potrà compiere gli atti amministrativi che le sono necessari, senza, però, ingerirsi nelle cose spedaliere; e, previ accordi ed in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, potrà visitare e controllare l'andamento delle infermità degli iscritti medesimi.

La Cassa che richiederà il rilascio di certificati riguardanti la degenza dei propri iscritti è tenuta a corrispondere al sanitario compilatore il diritto fisso di L. . . .

Del pari essa dovrà corrispondere all'Amministrazione, per diritti di copia delle cartelle cliniche eventualmente richieste, L. . . . .

10° – Pagamento di rette ed onorari, giornate computabili

La Cassa corrisponderà all'Ospedale in corrispettivo di tutte le prestazioni ospedaliere mediche e chirurgiche, la retta al costo ricavata all'atto della determinazione delle rette a carico della pubblica beneficenza, secondo l'art. 81 del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631.

In più è tenuta a devolvere a favore dei sanitari quel compenso fisso che sarà stabilito da chi di competenza. Tale compenso, nonchè la differenza di retta, la Cassa sarà tenuta a corrispondere all'Ospedale, anche nei casi in cui la spedalità è da essa pagata non direttamente all'Istituto, bensì al Comune domicilio di soccorso che ne ha esercitata la rivalsa.

Le giornate di entrata e di uscita saranno considerate come una sola giornata agli effetti della contabilizzazione delle rette. Nel caso di passaggi interni fra i reparti a differenti rette, la retta subentrante sarà in vigore dal giorno in cui si effettuerà il passaggio.

La Cassa corrisponderà il pagamento delle prestazioni ospedaliere (rette, onorari ed eventuali accessori), sulla

scorta dei conti inviatile, come al punto 7° della presente convenzione, dentro . . . giorni dalla trasmissione dei conti. Trascorso tale termine senza che siasi effettuato il pagamento dei conti, decorreranno a favore dell'Ospedale gli interessi nella misura di legge.

La Cassa non assume alcun onere per eventuali spese funerarie di iscritti deceduti in ospedale.

11° – Durata della convenzione Rescissione della convenzione – Controversie.

Gli impegni derivanti dalla presente convenzione avranno la durata di..... e s'intenderanno rinnovati per eguale periodo se non interverrà regolare disdetta, partecipata da una delle parti, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, almeno un mese prima della scadenza.

Qualora una delle parti non si attenga alle disposizioni contenute nella presente, la convenzione potrà essere risoluta in tronco con semplice avviso partecipato con lettera raccomandata, previa consultazione o previo lodo della Commissione arbitrale alla quale saranno deferite tutte le controversie che insorgeranno in ordine al servizio ed in ordine all'applicazione di norme regolamentari, di legge e della presente convenzione.

Tale Commissione, che avrà ufficio arbitrale, sarà composta di tre membri: un rappresentante dell'Ospedale, un rappresentante della Cassa e uno del Prefetto della Provincia che assumerà le funzioni di presidente della Commissione stessa.

12° – Spese e tasse

Se dovesse essere eventualmente ordinata o richiesta la registrazione della presente convenzione, come pure se vi fossero prescrizioni di spese e tasse dipendenti dalla stessa, l'onere relativo farebbe carico esclusivamente sulla Cassa.

* * *

Nella relazione alla Presidenza della Federazione fra gli Ospedali della Regione Triveneta, la Commissione osservava:

«I criterî informatorî seguiti nella elaborazione del testo di convenzione, sono stati i seguenti:

1° la salvaguardia degli interessi degli Enti Ospedalieri ed il contemperamento degli stessi alle esigenze degli Enti Mutualistici e Assicurativi, per brevità: Casse;

2° la conveniente valutazione dei criterî e delle norme che regolano il funzionamento degli Enti Mutualistici e Assicurativi con riferimento alle disposizioni legislative vigenti e all'indirizzo mutualistico prevalente nello Stato;

3° la fissazione di norme comuni che possano – anche attraverso l'esperimento della pratica attuazione di esse – permettere di conseguire la impostazione di quelle disposizioni regolamentari e di quell'ordinamento definitivi che, in materia, le Autorità centrali non tarderanno di emanare per disciplinare in forma unica l'attività mutualistica nello Stato, data la sua importanza sociale ed economica.

Con queste premesse lo schema elaborato si è proposto di comporre su di uno stesso piano non soltanto gli schemi delle convenzioni già adottate dagli Ospedali della Regione e suggeriti dall'A.N.O.I. e dallo stesso Ministero, ma di considerare anche l'esperienza corsa, favorendo, per quanto possibile, l'impostazione di direttive comuni afferenti al proposito ordinatore nazionale degli Enti spedalieri.

E mentre lo spirito e la portata dei singoli punti della convenzione tipo si rendono rilevabili al primo esame, devesi richiamare l'attenzione su:

il punto 3° - *Limitazioni dell'assistenza per malattia concessa dalla Cassa.* – Vi dovranno trovare particolare rassegna le infermità per le quali gli Enti Mutualistici e assicurativi non concedono il soccorso spedaliero, affinchè sia possibile operare le distizioni e attuare i provvedimenti di cui al punto 2°; o, per gli stessi motivi, le infermità alle quali gli Enti mutualistici e assicurativi particolarmente intendono di provvedere.

È necessario ostacolare che col diritto di brevi spedalizzazioni siano ottenibili anche costose prestazioni di diagnosi e di controllo a tutto danno dell'Ospedale. Danno che si fa più grave allorchè le Casse, a seguito di tali rilevazioni, procedono alla dimissione del malato e, senza tener conto di competenze o di altro....., provvedono alla spedalizzazione in altri Ospedali, perchè a costo più basso.

il punto 4° – *Caratteristica e contenuto della assistenza ospedaliera.* – Al comma quinto si è voluto ricordare – specie per le organizzazioni di ambulatorî e di gabinetti presso gli Ospedali capoluogo di provincia – che le Casse hanno obbligo e convenienza di ricorrervi concordando apposita tariffa, quando non abbiano particolari attività del genere.

Ciò costituisce doveroso riguardo verso gli inscritti, in quanto vengono riservati a questi i mezzi di diagnosi e di cura più idonei; ma è un dovere anche nei riguardi degli Ospedali e dei sanitari ospedalieri, perchè viene dato modo di apprestare più efficacemente e con maggiore coordinazione l'attività assistenziale, senza interferenze o deficenze. Si ritiene, poi, che il ricorso della specie sia di sicura convenienza per le Casse, in quanto ad esse potrà essere accordato un trattamento di assoluto favore.

Al sesto comma si è fatto riferimento alle spedalizzazioni che le Casse potranno richiedere in classi speciali per l'assicurazione che esse prestano ai proprî funzionarî. Il trattamento particolare potrà essere concordato con qualche agevolazione sul normale, mentre in vista della garanzia che, quali Enti, esse offrono, potranno venire dispensate dal prestare il prescritto deposito cauzionale.

il punto 10° – *primo comma* – *Pagamento diretto* – Le rette da mettersi a carico degli Enti Mutualistici e Assicurativi non potranno essere che quelle « di costo ». E ciò in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 81 del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631. Vale a dire con esclusione di qualsivoglia scomputo, non soltanto di proventi patrimoniali, ma di qualunque quota da proventi d'esercizio.

I primi, di solito, hanno una propria destinazione in forza degli statuti e delle tavole fondazionali, i secondi – a termini dell'art. 83 del menzionato decreto – vanno riservati all'Ospedale per provvedimenti ai fini istituzionali e per riduzione delle rette per i ricoveri a carico della pubblica beneficenza.

Si noti il terzo comma del punto 10°, nel quale si è ritenuto di precisare che qualora la Cassa si sostituisse al comune domicilio di soccorso, non ne subentrerà ad uguale condizione, ma l'onere che le spetterà sarà quello della convenzione; eppertanto sarà tenuta a pagare la retta comune a quel domicilio di soccorso, mentre la differenza di retta all'Ospedale e i compensi per i sanitari saranno da assegnarsi integralmente ».

Quanto aveva formato oggetto di studio prima e di concretamento poi, nei termini di cui alla convenzione tipo che precede, non avrebbe potuto raccogliere (questo era da ritenersi a priori certo) se non il consenso di tutti gli Ospedali, di tutti gli organi federativi, dell'Associazione Nazionale degli Ospedali Italiani e anche del Ministero, giacchè di fronte alle pretese degli Enti Mutualistici e Assicurativi, che nelle convenzioni preparate a proprio uso e consumo prevedono soltanto impegni per gli Ospedali, essa convenzione tendeva a fissare equi termini per conciliare le esigenze degli Enti stessi con quelle delle Amministrazioni Ospedaliere. Tanto più adottabile quindi apparisce, quando, come oggi, la lacuna di cui al punto 10, secondo comma (espressamente lasciata nel testo in attesa delle superiori disposizioni), è stata colmata ad ogni riguardo e definitivamente dal Decreto del Duce – Capo del Governo, 1° gennaio 1940-XVIII, che ha determinato i compensi da riconoscersi a favore dei sanitari ospedalieri dalle Casse Mutue di Malattia dell'Industria e dell'Agricoltura. E mentre per gli altri Enti Mutualistici e Assicurativi si renderà facile – ormai – determinare la misura dei compensi a favore dei sanitarî, di essenziale non rimane altro che la determinazione tassativa che la retta a carico di tutti gli Enti Mutualistici e Assicurativi deva essere quella di cui all'art. 81, cioè quella *di costo* e nessuna altra, nè in più, nè in meno. Non, pertanto, la retta più favorita, quella per le spedalizzazioni a carico della pubblica beneficenza, anche perchè se di quella si trattasse la legge non lo avrebbe taciuto.

Richiamate le osservazioni che precedono, sarà bene, quindi, che l'adozione di una unica convenzione-tipo, sia tassativa per tutti gli Ospedali, perchè se si ammettesse che degli Ospedali – anche per particolari e forse giustificate situazioni loro – potessero fare delle concessioni, si finirebbe col disturbare l'equilibrio distributivo dell'assistenza, poichè – le concessioni non essendo date a caso – si finirebbe con l'ammettere la possibilità di vere e proprie concorrenze fra gli Ospedali di diverse categorie. Perchè è facile lo spostamento dei malati da un luogo all'altro, specie nell'ambito della Provincia, quando sia fatta operare avvedutamente la combinazione che nasce, in tema di prestazioni simili, gabellate per equivalenti, fra entità della spesa e numero degli assistiti – inversamente proporzionali fra di loro –, però con tutte le conseguenze da confronti, da rivalità, da interferenze e da sconfinamenti nel campo della competenza specifica degli Ospedali.

La gerarchia e l'osservanza delle rispettive attribuzioni sono condizioni indispensabili per fugare l'assurda e pericolosa concorrenza, concorrenza che si risolve sempre in danno economico e sociale e che la stessa legge e l'Autorità vigilante non ammettono, perchè nemica dell'assistenza e della sua indispensabile severa organizzazione.

La retta è da per sè la misura vincolativa del servizio assistenziale ospedaliero secondo le premesse categoriche del più ridotto costo; per la sua determinazione vi sono preconti e vigili controlli che quel costo garantiscono.

La salvaguardia degli interessi sostanziali delle amministrazioni ospedaliere, nel campo non bene delimitato e frequentemente sconvolto, delle pattuizioni fra Ospedali ed Enti Mutualistici e Assicurativi, esige che:

1° sia stabilita la misura dei compensi ai sanitari per tutti gli Enti Mutualistici e Assicurativi che, per tassativa disposizione di legge, non hanno titolo al trattamento più favorito (quello del povero a carico comunale);

2° sia fatta applicazione integrale in tutte le convenzioni fra gli Ospedali e detti Enti, della disposizione dell'art. 81 dell'Ordinamento 30 settembre 1938-XVI, n. 1631, per cui la retta sia quella « di costo ». Nel caso che (per ipotesi soltanto) ciò non si volesse, sia emendato quel R. D. e sia chiaramente ed inequivocabilmente proclamato che la retta a carico di quegli Enti deve essere quella a carico dei Comuni per la spedalizzazione dei poveri;

3° sia fatta adozione di una convenzione-tipo, unica (di quella proposta dalla Federazione Triveneta o di un'altra, che però, come quella, sorga dalla esperienza corsa e dall'opportuna e necessaria discussione dei suoi estremi fra competenti degli Ospedali e degli Enti interessati);

4° sia imposta l'adozione della convenzione-tipo indistintamente a tutti gli Ospedali pubblici del Regno.

338941 R. BIBLIOTECA 65541